OBSERVATIONS
SUR
LA RÉSECTION
DE LA MÂCHOIRE INFÉRIEURE.

N° 40.

THÈSE

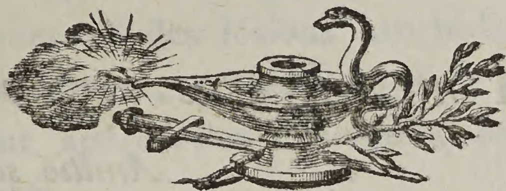
PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 20 MAI 1833,

Par **BUILLY** (Irénée),

De Digne (*Basses-Alpes*),

DOCTEUR EN MÉDECINE,

Bachelier ès-Lettres de l'Académie d'Aix, ex-Chirurgien interne de l'Hôtel-Dieu de Marseille.



A MONTPELLIER,

Chez Jean MARTEL aîné, Imprimeur de la Faculté de Médecine,
près l'Hôtel de la Préfecture, n° 10.

1833.

A l'Opérateur distingué, à mon Maître,

LE DOCTEUR MARTIN,

Professeur d'Anatomie et de Physiologie à l'École secondaire de Médecine, Chirurgien du Lazaret, ex-Médecin et Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Marseille, etc. etc.

En plaçant ici votre nom, je satisfais à un sentiment bien doux pour moi, celui de la reconnaissance. Comme Professeur d'Anatomie, vous avez jeté en moi les premiers goûts de cette science; comme Chirurgien en chef, vous m'avez appris les principes et la pratique de la saine chirurgie. Après avoir abandonné mes fonctions de Chirurgien interne, vous avez bien voulu me continuer vos services dans la pratique civile. Comment payer tant de bienfaits? Une gratitude sans bornes et ce premier essai de mon éducation médicale suffiront à votre bon cœur, je le sais; mais le mien ne croira jamais avoir payé sa dette.

A mon Père.

Le fils le plus reconnaissant.

Aux Mânes de la plus chérie des Mères.

Regrets ineffaçables.

A mes Frères et Sœur.

Amitié sans bornes.

A MON MEILLEUR AMI,

MONSIEUR J. BREST, NÉGOCIANT A MARSEILLE.

En plaçant votre nom près de ceux qui me sont si chers, c'est vous faire connaître mon amitié et ma gratitude.

BUILLY.



OBSERVATIONS
SUR
LA RÉSECTION
DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE.

LORSQUE la chirurgie, dégagée des préjugés où elle était long-temps restée plongée, commença à prendre un nouvel essor, l'idée des résections osseuses vint à l'esprit de quelques praticiens ; mais ces opérations, d'une exécution très-difficile et très-compliquée, ne pouvaient être tentées qu'à une époque où la connaissance minutieuse des parties anatomiques et des lésions morbides pouvait tracer au chirurgien des règles exactes, qui mettaient le malade à l'abri des dangers qu'entraînent après elles des opérations qui ne sont que hardies et aventureuses.

L'introduction des résections dans le domaine chirurgical a singulièrement contribué à étendre les limites de l'art. Par elles, des maladies réputées incurables ont été guéries ; les malades que l'on laissait mourir ont pu parcourir une nouvelle carrière ; des personnes atteintes de difformités dégoûtantes, d'ulcères hideux, ont pu être rendues à la société dont elles étaient exclues.

Néanmoins, toutes les brillantes promesses que faisaient les ré-

sections n'ont pas été tenues ; et d'abord, l'expérience a malheureusement démontré qu'il fallait beaucoup restreindre le nombre des résections à faire ; que les résections des extrémités articulaires des os, dont on se promettait tant d'avantages, n'étaient applicables que dans un petit nombre de circonstances. Jusqu'ici ce n'est guère qu'à l'humérus qu'elles ont été tentées avec succès.

On a proposé de les étendre au genou, au coude, à la hanche ; mais beaucoup de chirurgiens ont reculé devant la gravité de pareilles opérations et la vaste étendue des désordres qu'elles entraînent.

De toutes les résections proposées dans la continuité des os, celles des côtes et de l'os maxillaire inférieur sont à peu près seules restées. La résection des côtes, opération grave, n'est guère connue que par un exemple brillant que peu de personnes seront tentées d'imiter.

La résection du maxillaire inférieur est de toutes, celle qui a rendu les plus éclatans services.

Lorsqu'elle fut proposée pour la première fois, elle épouvanta le monde médical par la difficulté et la longueur de la manœuvre, l'étendue du délabrement et les formes hideuses qu'elle devait laisser sur le visage des malades ; mais toutes ces considérations ont cédé devant la nécessité. Les affections, pour lesquelles cette opération a été proposée, tuent infailliblement le malade au milieu des plus horribles tortures ; le devoir du chirurgien est de le sauver à quelque prix que ce soit : une honteuse timidité ne doit pas l'en détourner.

Au point où la science se trouve aujourd'hui, la résection du maxillaire inférieur est de toutes, celle qui, si l'on peut parler ainsi, s'est le plus humanisée ; elle est descendue des hauteurs de la science où ses difficultés paraissaient l'avoir placée à jamais ; elle est maintenant pratiquée par la plupart des bons chirurgiens, et n'est plus, comme les autres résections, réservée seulement aux grands maîtres de l'art.

Les connaissances anatomiques, les instructions qu'on a retirées des cas déjà nombreux où cette opération a été pratiquée, en ont

fait maintenant une chose presque vulgaire, et c'est par centaines que l'on compte les malheureux qu'elle a pu arracher à la mort.

Bel exemple qui prouve la supériorité de notre art dont on s'obstine à ne vouloir faire qu'un auxiliaire de la nature! Quoique nous ne renions pas les bienfaits de celle-ci, il faut bien convenir pourtant que trop souvent elle est impuissante, et que trop souvent aussi elle donne aux maladies une direction dont la mort seule peut être le terme. C'est alors que le chirurgien se substitue à la nature, et qu'il devient le créateur d'une nouvelle vie.

Les résections s'appliquent d'une manière admirable à l'opération qui fait le sujet de notre thèse. On sait que les maladies qui les réclament sont de deux classes : les unes ont leur cause dans l'os lui-même, ce sont la carie, la nécrose, l'ostéo-sarcome et le spina-ventosa ; les autres ont leur siége dans les parties molles, c'est le cancer. Eh! que deviennent les malades en proie aux affections cancéreuses et à ses différentes formes? La médecine de tous les siècles, le vulgaire lui-même, sont là pour répondre! Aussi le chirurgien doit-il se faire honneur de toutes les guérisons que l'on a obtenues dans des circonstances aussi affreuses.

C'est à M. le baron Dupuytren qu'est due la gloire d'avoir imaginé l'opération de la résection du maxillaire inférieur. C'est lui qui en a créé les règles ; c'est lui qui, avec sa merveilleuse adresse, a su réunir l'exemple au précepte. Après lui, les grands chirurgiens dont la science s'honore ont pratiqué cette opération avec le même avantage. Le monde médical a retenti des succès obtenus par MM. Delpech, Lallemand, Gensoul, Richerand, Lisfranc, Roux, Martin, Serre, Goyrand, etc. etc.

Maintenant cette opération a des règles tellement précises, des résultats si habilement calculés, qu'elle est à la portée de toutes les mains et de toutes les intelligences chirurgicales.

Les affections ostéo-sarcomateuses, le squirrhe et le cancer sont les causes les plus fréquentes de cette opération. Le spina-ventosa est une maladie rare, qui, lorsqu'elle existe, doit également la nécessiter. La carie, la nécrose doivent aussi, dans quelques cas,

amener le malade au point où l'ablation des parties lésées est la seule voie de salut ; mais, si ces maladies sont superficielles et de peu d'étendue, des moyens plus doux suffisent pour les guérir.

On s'est beaucoup disputé pour préciser l'époque où cette opération doit se faire ; à notre avis, elle doit être tentée du moment que le diagnostic du mal est complet. Gardez-vous d'attendre l'époque avancée, où la lésion organique s'est étendue et a dévoré de larges surfaces ! l'opération sera alors cent fois plus difficile, les suites plus graves, les résultats moins certains. Gardez-vous surtout d'attendre cette période funeste, où la diathèse cancéreuse a imprimé son cachet sur tout l'individu ; où la vie, usée par les tourmens que cette maladie entraîne après elle, n'est plus qu'une faible lumière qu'un souffle peut éteindre ! Vous reconnaîtrez que le malade est dans cette situation fâcheuse, à l'expression de sa physionomie : l'œil est terne, fixe ; le teint est plombé, livide, d'un jaune-paille, ou d'un blanc de cire (1) ; l'émaciation a fait de grands progrès, les fonctions sont incomplètes, un état de langueur se fait remarquer dans tous les actes vitaux. C'est alors que le malade doit être abandonné à une cure purement palliative ; une stimulation tant soit peu forte doit épuiser le reste de ses forces sensitives ; les douleurs de l'opération useront tout ce qui lui en reste, et une mort certaine sera le résultat de cette tentative téméraire. Bien plus, en supposant même que le malade peut résister à un pareil choc, qu'il en fût quitte seulement pour les souffrances que le procédé opératoire entraîne, ces souffrances seraient pour lui en pure perte, parce que le mal reparaîtra quelque temps après ; la diathèse alors a pris droit de domicile : *uno avulso, haud deficit alter.*

Lorsque, par un examen attentif, on peut légitimement soupçonner que le mal s'étend jusques à des parties tellement essentielles à la vie qu'il serait dangereux d'y porter l'instrument tranchant, mieux vaut s'abstenir. La chirurgie demande de la hardiesse et non pas de la témérité. J'ai vu, à l'Hôtel-Dieu de Marseille, dans le mois de

---

(1) Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique, article *Cancer.*

janvier 1832, un homme portant un cancer à la face, s'étendant de haut en bas, de la lèvre inférieure jusqu'à l'os hyoïde, et, sur les côtés, depuis le bord postérieur du masséter droit jusques à quelques lignes du même muscle du côté gauche. Il était dans les salles depuis deux mois environ. M. Moulaud, alors de service, l'avait examiné souvent et attentivement, et il n'avait jamais voulu y toucher, pensant que le mal avait atteint des parties que le chirurgien doit respecter.

Le docteur Chastan, qui prit le service après lui, crut pouvoir prendre sur lui la responsabilité d'une pareille opération, et il ne balança pas à la tenter ; mais la dissection de la tumeur dévoila de si grands ravages, que, malgré les soins les plus empressés, le malade mourut vingt-six heures après. Cet exemple doit suggérer des réflexions sérieuses et confirmer la règle que nous venons de poser.

Dans une opération si compliquée et qui est entièrement l'ouvrage du génie du chirurgien, il n'est pas surprenant qu'il se soit élevé quelques dissentimens relativement au procédé opératoire. Dans toutes les grandes manœuvres opératoires, on peut dire avec raison que la sagacité et la présence d'esprit du chirurgien valent mieux que toutes les règles et que tous les préceptes. La multiplicité d'accidens qui peuvent survenir, la bizarrerie des formes que le mal affecte, doivent modifier les plans les mieux arrêtés. Ces plans doivent varier, pour ainsi dire, dans tous les cas; et bien plus, dans la grande majorité de ceux-ci, il est rare qu'ils soient suivis d'un bout à l'autre tels qu'ils avaient été arrêtés d'avance. Toutefois, il y a des points essentiels sur lesquels il est bon d'avoir des idées précises; il y a des règles dont on ne peut pas se départir, pour peu que l'on tienne à écarter toutes les chances fâcheuses. Ainsi, par exemple, plusieurs auteurs enseignent qu'il faut diviser les parties extérieures, ensuite les internes, afin d'isoler soigneusement l'os maxillaire. Une fois ceci achevé, en plaçant une plaque entre la cavité buccale et l'os, la section de celui-ci devient une chose très-facile.

En outre, on épargne beaucoup de souffrances au malade en suivant ce procédé ; la scie ne peut intéresser que le tissu osseux ; toutes les parties sensibles et importantes sont à l'abri. Au premier

abord, ces raisons paraissent plausibles, il semble qu'il n'y a pas lieu à hésiter. Toutefois, ce n'est pas ainsi qu'en ont jugé d'autres chirurgiens non moins recommandables; ils ont préféré un autre procédé, et voici les objections graves qu'ils ont opposées au précédent :

1° En incisant les parties molles adhérentes à la face interne du maxillaire avant la section de l'os, le chirurgien agit en aveugle et ne peut que très-difficilement voir ce qu'il coupe ; aussi s'expose-t-il à léser des vaisseaux considérables. 2° Une fois ces vaisseaux ouverts, il est à peu près impossible de leur appliquer les différens moyens hémostatiques. Une hémorrhagie grave doit s'en suivre ; le malade s'affaiblit outre mesure, et la marche de l'opération est toujours entravée. 3° La vue du chirurgien étant bornée par l'os, il peut non-seulement léser des vaisseaux importans, mais encore il peut lui arriver de n'emporter qu'une partie du mal et l'opération est ainsi rendue inutile. 4° L'incision prématurée des muscles et des parties qui attachent la langue à la face postérieure du maxillaire, donne la prépondérance aux muscles qui attachent cet organe au larynx ; il s'en suit des mouvemens de rétraction de cet organe qui se dirige alors en arrière et en bas, ce qui doit entraîner des inconvéniens plus ou moins graves.

On évite tous ces inconvéniens, en incisant les parties qui recouvrent l'os extérieurement, en sectionnant ensuite ce dernier, en le faisant basculer pour détacher de sa face postérieure, et en suivant de l'œil, toutes les parties molles qui s'y trouvent. Voilà le précepte que nous conseillons, celui qui est recommandé par les meilleurs chirurgiens, Dupuytren, Lisfranc, etc.

Quant aux règles qui doivent diriger le manuel opératoire, elles ne sont pas susceptibles d'une précision aussi absolue ; elles varient beaucoup et doivent être amplement modifiées suivant le génie de l'opérateur et la nature du cas actuel. Elles seront du reste contenues implicitement dans la narration détaillée que nous allons faire de deux observations précieuses que nous possédons à ce sujet.

Qu'il nous soit permis seulement de rappeler l'attention du chirurgien sur deux points, dont l'un surtout a besoin d'être bien connu ;

nous voulons parler de la rétraction de la langue et de la chute du sang dans les voies aériennes. La rétraction de la langue est un accident auquel les opérateurs s'attendent généralement. On y remédie aisément en saisissant cet organe avec un érigne que l'on fait tenir à un aide, ou bien, comme le veut M. Delpech, en traversant la langue avec un fil d'or que l'on fixe aux dents les plus voisines. Mais, comme nous l'avons fait pressentir plus haut, c'est une nécessité que l'on ne doit s'imposer que le plus tard qu'on le pourra, pour éviter, autant que possible, la gêne pour le chirurgien et la douleur pour le malade.

La chute du sang du côté des voies aériennes est un événement d'une gravité telle qu'il peut faire expirer le malade. On nous a rapporté que M. le Professeur Lallemand, pratiquant l'opération de la résection du maxillaire inférieur, après avoir fait la section des parties intérieures, vit tout d'un coup le malade pâlir, sa respiration s'embarrasser; il crut d'abord que ce n'était qu'un simple évanouissement et il employa les moyens ordinaires pour faire sortir le malade de cet état; mais, se ravisant bientôt, il jugea avec la sagacité qui le caractérise, que l'état d'agonie où se trouvait le malade était dû à une autre cause. Il plongea la main au fond de la gorge du sujet et en retira des caillots énormes de sang, dont l'enlèvement rendit au malade une vie qui s'éteignait. Il fut évident que c'était l'impossibilité de respirer qui était la cause de ce grave accident.

OBSERVATION PREMIÈRE.

Observation sur la résection de la mâchoire inférieure, pratiquée avec le plus grand succès, pour une tumeur ostéo-sarcomateuse, occupant presque tout le corps du maxillaire inférieur, par le docteur Martin, Professeur à l'école secondaire de médecine, Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, etc.

La nommée Anne Contan, âgée de 47 ans, d'une assez bonne constitution, ayant toujours joui d'une parfaite santé, fut mariée à 27 ans et eut cinq enfans bien portans.

Le 12 juin 1830, elle entra à l'hôpital de Marseille pour une tu-

meur fongueuse, occupant presque toute la partie moyenne de la mâchoire inférieure, avec déjettement de l'arcade dentaire dans la cavité buccale.

Cette tumeur, du volume du poing, avait mis six mois à se développer; elle avait commencé sous forme de durillon dans l'épaisseur des parties molles qui recouvrent la mâchoire, et paraissait même avoir son principal siége dans la propre substance de l'os. De petites douleurs se firent d'abord sentir à la dent canine du côté gauche et se propagèrent ensuite vers les dents molaires de ce côté, sans qu'il y eût la moindre apparence de carie.

Les douleurs augmentèrent peu à peu, la tumeur se développa et acquit bientôt le volume qu'elle avait lors de l'opération. Mère de plusieurs enfans en bas âge, veuve depuis quelque temps, peu fortunée et obligée pour soutenir sa famille de se livrer aux travaux pénibles de la campagne, elle fut bientôt forcée de quitter le travail et de réclamer les secours de l'art.

Déjà elle avait fait usage de plusieurs remèdes qui lui avaient été conseillés par des personnes étrangères à la médecine; et loin d'en éprouver du soulagement, elle s'apercevait, au contraire, que son état devenait tous les jours plus inquiétant. C'est alors qu'elle se présenta à l'Hôtel-Dieu, où, ayant été examinée par le chirurgien de garde, elle fut reçue le 12 juin 1830, époque à laquelle le docteur Martin était chargé en chef du service des blessés.

L'aspect de cette malheureuse était vraiment hideux; la tumeur avait atteint le volume du poing, elle était dure dans toute son étendue excepté au sommet, où on croyait sentir un peu de fluctuation. La base adhérait à la mâchoire; la peau qui la recouvrait était d'un rouge violacé, la chaleur plus forte que dans l'état normal; sous le corps dermoïde on sentait des inégalités et des bosselures comme dans presque toutes les tumeurs de ce genre; les douleurs étaient lancinantes, la salive découlait par la lèvre inférieure tiraillée par la tumeur, l'haleine était fétide; l'expression de la face annonçait assez que la malade était tourmentée par des douleurs atroces.

Dans les premiers jours de son entrée à l'hôpital, les douleurs devinrent plus aiguës, et bientôt il se déclara une sorte d'inflammation phlegmoneuse, caractérisée par la tension, la rougeur et la sensibilité plus vive des parties environnantes; ce que M. Martin attribua au contact immédiat de la matière âcre qui s'écoulait involontairement de la bouche et corrodait ainsi les parties de la face avec lesquelles elle était presque toujours en rapport.

Peu de jours après l'emploi des cataplasmes émolliens, il se forma un petit abcès purulent dans le centre de la tumeur qui fut ouvert par une simple ponction; il en sortit une petite quantité de pus, et la tumeur conserva sa dureté et ses dimensions.

Dans les premiers jours de juillet, le Chirurgien en chef réunit une consultation des médecins et chirurgiens affectés au service de l'hôpital, et après avoir examiné avec toute l'attention que réclamait un cas aussi important, on put apprécier toute la gravité du mal et l'étendue que la tumeur avait acquise, ainsi que les progrès rapides qu'elle avait faits depuis son entrée à l'Hôtel-Dieu. Il fut décidé unanimement que l'ablation de la tumeur était le seul moyen d'arrêter les progrès du mal, et, bien que cette opération hardie et insolite qui devait entraîner la perte d'une grande partie de la mâchoire inférieure ne présentât que très-peu de chances de succès, M. Martin n'hésita pas à se décider à l'entreprendre, persuadé que, sans cette voie, la malade était vouée à une mort certaine. En conséquence, le 5 juillet, assisté de MM. les docteurs Cauvière, Ducros et les chirurgiens internes, le docteur Martin procéda à l'opération, en présence d'un grand nombre de médecins de la ville et de tous les élèves de l'hôpital. La tumeur fut d'abord cernée par deux incisions transversales et demi-elliptiques correspondantes par leur concavité; la première partant de la région parotidienne à gauche en passant sur le bord libre de la lèvre et le menton jusques au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure du côté opposé. La seconde, s'étendant du même point à gauche, formait une courbe, dont la convexité, dirigée en bas, passait à quelques lignes au-dessus de l'os hyoïde et venait se terminer à droite en se réunissant à l'ellipse

supérieure. La peau, qui recouvrait la tumeur ulcérée sur quelques points et d'abord trop amincie, se trouva ainsi comprise avec les parties qui devaient être enlevées. La dissection fut minutieuse; les lambeaux renversés, on exerça quelques tractions sur la tumeur qui se sépara du maxillaire à un point où tout vestige d'ossification avait complètement disparu. Avant de scier les bords de la mâchoire, les dents qui gênaient furent extraites et l'os sectionné dans un endroit sain. Tout ce qui se trouvait compris entre l'apophyse coronoïde gauche jusques à quelques lignes en arrière de la symphyse du menton du côté droit, fut ainsi enlevé; des ligatures furent placées sur les vaisseaux divisés et la peau ramenée fut réunie par dix-huit points de suture. Un appareil convenable fut appliqué et la malade mise à la diète la plus rigoureuse. L'usage de la parole fut strictement défendu, et dans le traitement tout se passa ainsi qu'il suit:

Le 6 *juillet*, 2me *jour*. Léger gonflement de la face, mouvement fébrile. (Tisane émolliente.) *Le* 7, 3me *jour*. Réaction assez forte, déglutition difficile. *Le* 8, 4me *jour*. Diminution du gonflement et de la gêne de la déglutition. L'appareil, imbibé de salive ou du liquide qu'elle boit, est enlevé; trois points de suture sont coupés, la réunion est presque immédiate. *Le* 9, 5me *jour*. Diminution progressive des symptômes inflammatoires. (Deux nouveaux points de suture sont coupés.) *Le* 10, 6me *jour*. On observe un peu de suppuration à la plaie; les bords se sont légèrement écartés. *Le* 11, 7me *jour*. Le gonflement a presque entièrement disparu; il n'existe plus d'inflammation; la salivation est abondante; la déglutition continue à se faire avec facilité; la nuit a été calme. (On coupe d'autres points de suture.) *Le* 12, 7me *jour révolu*. Les derniers points de suture sont coupés; la malade est dans l'état le plus satisfaisant. *Le* 13, 8me *jour*. L'amélioration se soutient si bien qu'une légère soupe est permise à la malade. *Le* 14, 9me *jour*. Rien de plus remarquable à observer. *Le* 15, 10me *jour*. La plaie est complètement réunie dans l'étendue de deux pouces à chacune de ses extrémités; le centre offre deux points désunis, à travers lesquels découle la salive. On rapproche avec les

agglutinatifs. (Elle prend toujours la soupe). *Le* 16, 11me *jour.* On aperçoit des bourgeons charnus dans le fond de la plaie ; la salive passe toujours par les deux points nommés. (Même pansement). *Le* 17, 12me *jour.* Le rapprochement des bords est très-marqué. (La quantité de salive par la plaie est moins grande.)

Du 12me *jour au* 20e la réunion est complète. On ne panse plus la malade que de loin en loin ; des soupes plus fréquentes et plus consistantes, ainsi que quelques biscuits, lui sont permises.

Du 25 *au* 30 *juillet,* les forces sont pour ainsi dire rétablies ; la bouche est très-rétrécie à cause de la grande déperdition de substance ; la malade d'ailleurs n'est point défigurée et présente moins de difformité qu'avant l'opération ; elle séjourne pendant quelque temps dans l'Hôtel-Dieu pour la laisser complètement rétablir. *Le* 22 *septembre, jour de la sortie,* son teint est frais, l'embonpoint est parfait, la cicatrice très-solide et la malade n'éprouve aucune douleur.

J'ai eu occasion de voir cette femme quelquefois à la campagne ; sa santé est parfaite, elle se livre à tous les travaux qui lui offrent quelque ressource, et la portion du maxillaire du côté droit qui lui reste, a acquis assez de consolidation pour lui permettre de manger du pain frais.

Il est inutile maintenant d'insister sur les avantages de la réunion immédiate ; le fait précédent et une foule d'autres que la science possède, les font ressortir dans toute leur évidence.

On peut juger dans la lithographie ci-jointe, du peu de difformité que l'opération a laissé sur le visage de la malade.

Si, comme un petit nombre d'auteurs l'indiquent encore, on avait laissé la plaie béante suppurer à son aise et se cicatriser sous la direction seule de la nature, la malade aurait pu probablement conserver la vie ; mais la forme hideuse de ses traits la lui aurait rendue détestable.

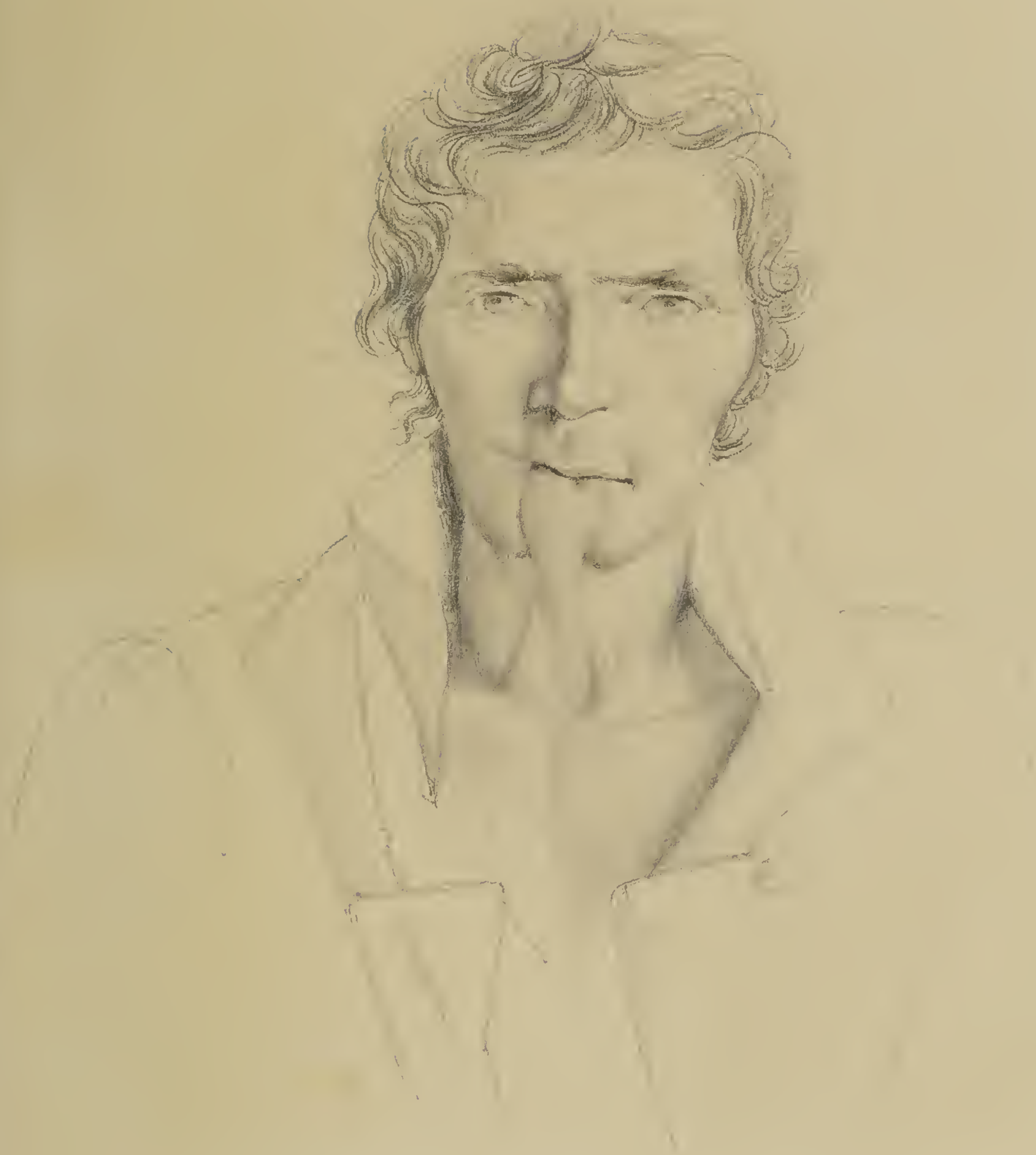
Les procédés de la réunion immédiate ne sont pas suffisans dans tous les cas ; il peut arriver que l'étendue de la dévastation que l'instrument opère, empêche le rapprochement des lèvres de la plaie : alors des procédés plus compliqués sont nécessaires, et c'est encore

une des conquêtes dont la chirurgie moderne se glorifie. Elle nous a appris, en effet, à fermer les larges ouvertures qui suivent une opération ou une maladie qui a détruit largement les tissus, avec des lambeaux de peau pris dans le voisinage. Dans le cas qui nous occupe, ce procédé est d'autant plus indispensable, que non-seulement il écarte les inconvéniens d'une grande difformité au visage, mais encore il rend à la langue et à ses annexes l'usage de ses fonctions, prévient sa rétraction ou son élévation anormale, et empêche la perte continuelle de la salive : inconvénient grave dont se plaignent les chirurgiens qui se contentent de la méthode ordinaire. Nous pouvons citer l'observation suivante comme un modèle de la conduite à tenir en pareil cas. Jamais les avantages d'un procédé opératoire n'ont été plus évidens ; jamais la chéloplastique n'a eu un triomphe plus éclatant.

OBSERVATION DEUXIÈME.

Vaste cancer de la face; extirpation de la lèvre inférieure, du menton, d'une partie de la lèvre supérieure, de la plus grande partie de la joue droite ; résection de l'os maxillaire inférieur ; application nouvelle du procédé de chéloplastie de M. le professeur Roux, par le docteur G. Goyrand, chirurgien chef-interne de l'Hôtel-Dieu d'Aix.

Jacques Tronc, cultivateur, âgé de 44 ans, se présenta à l'hôpital d'Aix le 28 décembre dernier ; il était atteint d'un affreux cancer qui lui avait dévoré la moitié de la face. Cet homme nous fit de cette manière l'histoire de sa maladie : il lui survint, il y a environ un an, un petit bouton vers l'extrémité droite du bord libre de la lèvre inférieure ; ce bouton, d'abord indolent, fut bientôt traversé par des élancemens ; il fit des progrès assez lents et acquit en six mois le volume d'une aveline. A cette époque, Tronc se fit opérer ; le bouton fut cerné par une incision en V, et la plaie fut réunie au moyen d'une suture entortillée. Les élancemens ne cessèrent jamais de se faire sentir, et quinze jours après l'opération, un ulcère cancéreux, de la largeur d'une pièce d'un franc, occupait la place du bouton. L'ulcère s'étendit



rapidement et porta au loin ses ravages. Le malade s'adressa à nous, cinq mois environ après la première opération ; nous le trouvâmes dans l'état suivant : l'ulcère avait envahi toute la lèvre inférieure, tout le menton, la moitié antérieure de la joue droite et le tiers droit de la lèvre supérieure. A droite et en haut, le cancer se prolongeait au-dessous de la peau encore saine par des engorgemens, dont l'un peu étendu en largeur remontait à côté du nez et s'élevait jusque vers la base de l'orbite ; l'autre s'étendait largement dans l'épaisseur de la joue ; celui-ci avait sa base tournée vers l'intérieur de la bouche, et formait à la surface muqueuse de la joue un relief aplati, que le doigt porté dans la bouche circonscrivait aisément et qui s'étendait en arrière jusque vers le bord antérieur de la branche de la mâchoire. La peau qui recouvrait ces prolongemens du cancer était saine et mobile. La surface de l'ulcère était toute hérissée de tubercules rouges et saignans, et sillonnée d'anfractuosités au fond grisâtre et exhalant un ichor fétide. La lèvre inférieure avait la dureté du cartilage ; les fongosités qui s'élevaient de son bord libre soulevaient la lèvre supérieure, recouvraient les dents antérieures des deux mâchoires et rendaient très-difficile l'introduction des alimens dans la bouche. Les parties molles du menton adhéraient intimement à l'os maxillaire ; la gencive était boursoufflée à la partie antérieure de l'arcade alvéolaire inférieure ; l'ulcère était le siége de violens élancemens ; les ganglions lymphatiques des régions sous-maxillaire et parotidienne n'étaient nullement engorgés. Tronc voulait être opéré ; nous nous rendîmes à ses instances. Voici quel était notre plan : nous ne doutions guère de l'altération de l'os maxillaire inférieur et de la nécessité d'en sacrifier une partie ; cependant, comme nous n'en jugions que d'après l'adhérence de la masse cancéreuse et le gonflement de la gencive, l'erreur sur ce point n'était pas impossible, et nous ne devions procéder à la résection de l'os qu'après l'avoir mis à découvert et bien examiné. La perte de substance que nous allions faire subir aux parties molles était si grande, que, quelle que fût notre détermination à l'égard de l'os, nous ne pouvions nullement songer à rapprocher les joues d'un côté à l'autre, et pour fermer la brèche

que nous allions faire, nous résolûmes de reformer le menton et la lèvre inférieure au moyen d'un lambeau que nous détacherions de la région antérieure du cou, et que nous relèverions jusqu'à la hauteur ordinaire du bord libre de la lèvre inférieure. Je pratiquai l'opération le 30 décembre, en présence de MM. les docteurs Arnaud, Guiran, Omer, de plusieurs autres médecins et de tous les élèves qui fréquentaient l'hôpital.

Le cancer fut cerné par trois incisions, dont la première, oblique de haut en bas et de dehors en dedans, s'étendait de la partie inférieure interne de la base de l'orbite au bord libre de la lèvre supérieure, à droite de son tubercule médian, en rasant l'aile du nez; la seconde commençait au même point que la première avec laquelle elle formait un angle aigu, se dirigeait en bas et en dehors décrivant une courbe à concavité antérieure, et se prolongeait jusqu'au dessous de la base de la mâchoire, divisant seulement la peau de la joue vers le milieu de l'espace qui séparait le bord antérieur du muscle masséter de l'angle labial, et comprenant toute l'épaisseur des parties molles adhérentes à l'os maxillaire. Une troisième incision fut portée verticalement de l'angle gauche des lèvres au-dessous de la base de la mâchoire. Je détachai ensuite la peau du prolongement de la tumeur qui s'étendait dans l'épaisseur de la joue, puis j'abattis de haut en bas la masse cancéreuse; je séparai les parties molles de l'os, et les détachai enfin par une incision transversale pratiquée au-dessous de la base de la mâchoire. Dans ce premier temps de l'opération, je tordis trois artères. L'os maxillaire inférieur fut trouvé vermoulu, ramolli; l'altération de l'os dépassait un peu à gauche la symphyse du menton, du côté droit elle s'étendait au loin, et nous crûmes devoir scier l'os du côté droit sur l'alvéole de la seconde grosse molaire, à gauche sur celle de l'incisive latérale. Ces deux dents furent extraites; un bistouri courbe, tranchant sur sa concavité, glissé sous la face linguale de l'os, fraya le passage au stylet conducteur de la scie à chaîne; l'os fut d'abord scié du côté droit, puis à gauche. L'action de la scie fut prompte; la portion de la mâchoire comprise entre les deux traits de scie fut tirée en avant, et le bistouri conduit perpendiculairement

sur sa face linguale divisa successivement les muscles mylo-hyoïdiens, digastriques, et enfin, les génio-glosses. Ces derniers furent, à dessein, coupés à huit lignes environ de leur point d'attache à l'apophyse génienne (1). Dans ce dernier temps de l'opération, deux artères seulement donnèrent du sang : la sous-mentale droite, qui put être aisément isolée et tordue, et une branche de la linguale, qui, enfoncée dans un interstice musculaire de la langue, ne put être bien dégagée et fut liée avec quelques fibres musculaires dont elle était entourée. Après la section des génio-glosses, la langue fut entraînée en arrière et en haut, et resta appliquée contre la partie postérieure de la voûte palatine ; mais sa rétraction n'entraîna aucun accident. La plaie résultant de cette opération était effrayante. Les deux moignons de l'os maxillaire étaient largement dénudés ; il était évident que le rapprochement des parties molles d'un côté à l'autre serait de toute impossibilité. Pour le prouver aux assistans, je rapprochai à deux différentes reprises les moignons de l'os maxillaire et les chairs latérales ; mais ces dernières restaient toujours fort écartées, et ces manœuvres, refoulant fortement en arrière la paroi inférieure de la bouche et la langue, déterminaient une sensation de strangulation qui nous obligeait d'y renoncer à l'instant. Je prolongeai alors les incisions latérales en bas jusques au-devant du cartilage thyroïde, en les faisant légèrement converger ; je détachai des régions sus-hyoïdienne et laryngienne un lambeau quadrilatère, formé de la peau et des muscles peauciers, lambeau qui fut laissé adhérent par son bord inférieur ; et, faisant fortement incliner en avant la tête du malade, je pus, non sans quelque difficulté, élever le bord supérieur du lambeau jusqu'à la hauteur ordinaire du bord libre de la lèvre inférieure. Le moignon gauche de l'os coupé perpendiculairement présentait en avant un angle

(1) Nous retranchâmes une partie des muscles génio-glosses, parce que, prévoyant que la cicatrice qui devait par la suite donner insertion à ces muscles serait sur un plan postérieur à l'apophyse génienne, nous craignions qu'un excès de longueur ne rendît leur action moins complète.

tranchant, qui empêchait l'exacte application du lambeau aux surfaces qu'il devait recouvrir. D'un trait de scie nous abattîmes cet angle, et nous donnâmes à l'extrémité du moignon la forme d'un bec de flûte. Les surfaces saignantes furent bien nettoyées, nous fermâmes ensuite l'angle supérieur de la plaie, en affrontant les bords saignans de la section de la lèvre supérieure et de la partie supérieure de la joue droite ; les rapports de ces parties furent maintenus par deux points de suture entortillée. Le lambeau fut ensuite relevé, et ses bords latéraux furent réunis aux bords saignans de la section des joues, par la suture entortillée (trois points de chaque côté). La différence de longueur du lambeau et des bords saignans de la section des joues et de la région sus-hyoïdienne était telle, qu'on ne pouvait songer à établir une coaptation exacte entre ces parties dans toute leur étendue ; aussi nous bornâmes-nous à affronter exactement la partie supérieure des bords latéraux du lambeau avec la partie correspondante de la section des joues, et nous affaissâmes la saillie des parties latérales de la région sus-hyoïdienne au moyen d'une bandelette agglutinative. Nous n'appliquâmes d'autre appareil qu'un linge enduit de cérat. Le malade fut reconduit à son lit, sa tête fut tenue fortement inclinée en avant au moyen de plusieurs oreillers ; nous lui recommandâmes de ne faire aucun mouvement de déglutition.

La dissection de la pièce pathologique ne nous laissa aucun regret, l'instrument avait dépassé dans tous les sens les limites du mal.

Les premiers jours on n'accorda au malade aucune boisson. Les tisanes furent remplacées par des tiers de lavemens donnés de trois en trois heures, et des fomentations sur l'abdomen. L'agitation occasionée par l'opération se calma dans la journée ; la fièvre ne fut pas très-violente ; aucun accident ne survint le jour de l'opération. Le 31, à sept heures du soir, le malade fait des mouvemens de déglutition qui sont suivis d'une grande gêne de la respiration. L'élève de garde accourt auprès de lui, et lui ordonne de cesser les mouvemens de déglutition ; la respiration se rétablit à l'instant. Le 1er janvier, dans la matinée, cet accident se renouvelle ; nous le faisons cesser de la même manière. Le 2 janvier, la fièvre est presque nulle, la salive

coule en abondance, le lambeau et les parties voisines des joues sont légèrement tuméfiés, le malade a eu plusieurs heures de sommeil pendant la nuit. (*Trois tiers de lavemens de bouillon; même nombre de clystères émolliens; fomentations sur l'abdomen.*) La nuit suivante, délire léger pendant lequel le malade arrache les aiguilles qui unissent le bord droit du lambeau à la joue correspondante. L'adhésion de ces parties est déjà très-solide; cependant je la soutiens au moyen de bandelettes agglutinatives et d'un bandage en fronde: les mouvemens de déglutition se font sans accidens. (*Lavemens de tisane et de bouillon.*) Le 4, la langue ne reste plus appliquée à la voûte palatine, comme les premiers jours; elle se meut librement en tous sens, sa pointe se porte en avant avec la plus grande facilité; les parties mises en contact paraissent bien réunies. Le malade avale quelques cuillerées de tisane et de bouillon, qui passent très-bien. Le 5, j'ôte les deux épingles inférieures du côté gauche, l'épingle supérieure de la lèvre supérieure, l'adhésion est parfaite dans les points correspondans; la déglutition est facile; le malade prend du lait et du bouillon en abondance. Sommeil parfait, plus de délire, ni de révasseries, plus de fièvre. Le 6, j'ôte les deux dernières épingles; l'adhésion est parfaite à la lèvre supérieure; la partie supérieure de la plaie gauche ne s'est pas réunie; à cet endroit, les deux bords sont écartés, adhérens au moignon gauche, et suppurent. La partie inférieure des bords latéraux du lambeau et les points correspondans de la section de la région sus-hyoïdienne fournissent une petite quantité de pus; le bord libre du lambeau fournit également un pus louable. L'extrémité des deux moignons de la mâchoire, fixée par sa partie inférieure dans la cicatrice, résultant de l'union de la face postérieure du lambeau avec les surfaces antérieures du plancher de la bouche, s'est recouverte de bourgeons charnus de bonne nature vers le bord alvéolaire. La suppuration est très-peu abondante, la déglutition est parfaite. (*Potages à la semoule, bouillons et lait.*) Le 9, la partie inférieure des bords latéraux du lambeau s'est presque entièrement réunie aux parties voisines et ne fournit que très-peu de pus; la surface suppurante du bord libre du lambeau s'est beaucoup rétrécie; le sommeil

et l'appétit sont excellens, les forces reviennent. Tronc se promène une partie du jour. Le 13, suppuration presque nulle. Le malade tient la tête bien droite. Je touche quelques points avec le nitrate d'argent. Le 20, la cicatrice est presque partout achevée. La face est peu difforme, elle est cependant un peu contournée. Les deux moignons sont inclinés l'un vers l'autre et en avant : de-là, changement dans les rapports des deux arcades dentaires. Ce qui reste de l'inférieure est plus près de la ligne médiane que les dents correspondantes de l'arcade supérieure. Le menton est irrégulier ; à gauche, il a presque sa saillie normale, soutenu qu'il est par l'extrémité du moignon gauche ; du côté droit, il fuit en arrière. Le lambeau regarde en avant et à droite, il est uni à la joue gauche sur l'extrémité antérieure du moignon correspondant, par une cicatrice linéaire et imperceptible ; la cicatrice qui l'unit à la joue droite, également linéaire, répond au-devant du moignon droit et est fortement déprimée. Sa surface postérieure a contracté de solides adhérences avec la surface antérieure du plancher de la bouche ; son bord supérieur adhère à la partie supérieure de cette surface, et ne forme aucun bourrelet pour remplacer la lèvre inférieure ; mais la partie antérieure du plancher de la bouche, repoussée en haut par le lambeau, s'est relevée au-dessus de sa hauteur ordinaire, de telle manière qu'il ne reste entre la lèvre supérieure et le bord libre du lambeau, dans l'état d'élévation de la mâchoire inférieure, qu'un intervalle de deux lignes environ. La cicatrice qui réunit le lambeau aux parties sous-jacentes, et dans lesquelles viennent s'insérer les deux moignons, a acquis une grande solidité. Le lambeau est déprimé, les chairs latérales de la région sus-hyoïdienne forment sur ses côtés deux saillies présentant quelques plis transversaux qui viennent finir dans la cicatrice. La peau de la partie moyenne de la région antérieure du cou, fortement tendue, forme un ruban longitudinal, étendu de la base du lambeau à la fourchette du sternum. Les mouvemens d'élévation, d'abaissement et latéraux de la mâchoire se font avec un ensemble parfait ; les mouvemens de la langue sont parfaitement libres et aussi étendus que dans l'état normal. La parole est assez

nette, la déglutition n'est nullement gênée, la mastication ne s'est exercée jusqu'à ce jour que sur des corps mous, mais tout fait espérer qu'elle s'exercera plus tard avec facilité sur des corps solides et durs. Le malade perd de la salive, mais en faible quantité, et ses digestions n'en sont nullement dépravées ; l'appétit est très-vif, la santé parfaite, l'embonpoint revient. Tronc sort de l'hôpital le 21 janvier, 23e jour après l'opération. Le 28, il revient me voir, il ne reste plus qu'un point suppurant vers la partie inférieure du bord gauche du lambeau ; c'est un pertuis fort étroit, surmonté de quelques fongosités que je cautérise avec le nitrate d'argent.

Les heureux résultats de cette opération ont été constatés par MM. les docteurs Arnaud, Cassagne, Guiraud, Omer, Corse, Behr et plusieurs autres médecins. Ils sont, si je ne m'abuse, bien supérieurs à ceux qu'on a obtenus des méthodes ordinaires dans des cas semblables.

Dans les cas de cancer du menton étendu à l'os maxillaire inférieur, deux méthodes différentes avaient été suivies : tantôt disséquant au loin ce qui restait des joues, on avait ramené les parties molles en avant, et réuni d'un côté à l'autre. Dans d'autres cas, on avait abandonné la plaie aux efforts de la nature.

La première méthode n'est applicable qu'aux cas où la lésion des parties molles n'a pas une trop grande étendue transversale. Dans les autres cas, le rapprochement des parties refoule en arrière le plancher de la bouche, d'où la diminution de l'étendue du diamètre antéro-postérieur du pharynx, et, dans certains cas, l'abolition des fonctions de cet organe. Tel fut le sort d'un malade qui fut opéré à l'hôpital St-Louis par M. le professeur Richerand. Quand la langue a été ainsi repoussée en arrière, l'asphyxie déterminée par la rétraction de cet organe doit être bien plus à craindre ; c'est, sans doute, de cette manière que périt le malade que M. Magendie opéra à la Salpêtrière, en 1830.

Dans les cas où on a laissé la plaie béante, les opérés ont été horriblement défigurés, et ont conservé, après la cicatrice de la plaie, des infirmités qui devaient leur rendre l'existence insuppor-

table. Chez ces sujets, les deux moignons de l'os maxillaire inférieur recouvert par la peau, ou par la cicatrice, sont restés isolés et indépendans l'un de l'autre ; la langue, cédant à la force de cicatrisation, a été entraînée en bas, bridée par la cicatrice, et a perdu en partie sa mobilité ; sa face supérieure a présenté un plan oblique en bas et en avant, par lequel la salive s'écoulait sans cesse. De cette disposition des parties ont dû résulter l'impossibilité de la mastication, l'imperfection de l'articulation des sons, la difficulté de la déglutition, qui, dans certains cas même, n'a pu se faire de la bouche au pharynx, et n'a pu s'exercer que sur les corps liquides ou pulpeux qui avaient été jetés ou poussés dans l'arrière-bouche (1).

Le procédé que j'ai employé laisse à leur place la langue et le plancher de la bouche, conserve au pharynx ses dimensions ordinaires, établit entre les deux moignons de l'os sous-maxillaire une cicatrice ~~solide~~ qui les réunit solidement, qui fournit un point d'attache aux muscles génio-glosses et à ceux de la région sus-hyoïdienne, et remplace par la suite, sous tous les rapports, la portion de l'os qui a été enlevée. Ce procédé conserve au pharynx, à la langue et aux restes de l'os sous-maxillaire le libre exercice de leurs fonctions.

Je doute fort qu'on puisse reformer par ce procédé une lèvre inférieure ; la portion du lambeau qu'on élèverait au-dessus de la partie antérieure du plancher de la bouche, n'étant pas soutenue en arrière, tendrait, je crois, toujours à se redoubler du côté de la bouche, et ne formerait, en définitive, qu'un bourrelet très-peu saillant, et toujours insuffisant pour s'opposer à toute perte de salive. Mais, malgré cette imperfection, peut-on méconnaître les avantages de ce procédé, dans les cas où le rapprochement d'un côté à l'autre ne serait pas possible, ou ne pourrait se faire sans trop refouler en arrière le plancher de la bouche ?

Avant qu'on eut appris à fermer les ouvertures produites à la région de la bouche, à l'aide d'un lambeau pris au cou, on avait

---

(1) Voyez Mémorial des hôpitaux du Midi et de la clinique de Montpellier par M. le professeur Delpech, mars 1829, p. 130, et janvier 1830, p. 21.

l'habitude de corriger la difformité, de soutenir les chairs et la cicatrice à l'aide d'un menton d'argent. Plusieurs exemples pris de la pratique des grands Maîtres, ont suffisamment recommandé cette méthode qui, du reste, est la seule possible dans les cas de délabrement considérable. Nous avons vu un individu qui, à la suite d'une large plaie produite par une arme à feu, eut toute la moitié inférieure du visage emportée ; on lui en substitua une nouvelle en argent. La difformité était presque inaperçue, et l'ouvrier mécanicien et le chirurgien déployèrent tant de talent et d'adresse, que ce n'était qu'après examen qu'on pouvait s'apercevoir de l'emprunt. Le malade jouissait d'une santé parfaite et remplissait très-bien toutes ses fonctions, en exceptant pourtant celle de la mastication.

On conçoit néanmoins que la méthode chéloplastique, lorsqu'elle est praticable, est sujette à de bien moindres inconvéniens. Elle rapproche les fragmens osseux, favorise la formation d'un tissu fibreux, et crée, pour ainsi dire, de toutes pièces un maxillaire nouveau. Elle fournit à la partie antérieure des muscles de la langue, un point d'attache qui rend à cet organe presque toute sa mobilité et la sûreté de ses mouvemens. Honneur à la science, honneur aux chirurgiens habiles à qui nous devons tant de bienfaits; et qu'il nous soit permis, en terminant notre Thèse, d'adresser nos félicitations et nos remerciemens aux honorables Praticiens qui nous ont fourni nos deux observations.

FIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE

DE MONTPELLIER

PROFESSEURS.

MM. DUBRUEIL, Doyen, *Suppléant.*
BROUSSONNET.
LORDAT.
DELILE.
LALLEMAND.
ANGLADA.
CAIZERGUES.

MM. DUPORTAL.
DUGÈS.
DELMAS, Président.
GOLFIN, *Examinateur.*
RIBES, *Examinateur.*
RECH, *Examinateur.*
. . . .

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.
KÜHNHOLTZ.
BERTIN.
SERRE.
BROUSSONNET, *Examinateur.*
ROUBIEU, *Examinateur.*
DUPAU.

MM. TOUCHY, *Suppléant.*
DELMAS.
VAILHÉ.
FUSTER.
. . . .
. . . .
. . . .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Lithie. Molinier Je et Cie à Marseille.